



REPUBLICA DE CHILE
MUNICIPALIDAD DE ANGOL
SECRETARIA DE CONCEJO

Memorandum N° 009

As. Ses.

De: Secretario Municipal
A : Jefe Dpto. Admn. y Finanzas
Sra. Jeannette Ruiz Maureira
c.c : Secretaría de Concejo
Fecha: Angol, 01 de Octubre de 2018.-

1.- Por intermedio del presente, me permito comunicar a Ud. la asistencia de los Sres. Concejales del mes de SEPTIEMBRE 2018, para la confección de la Planilla de Pago:

Concejales	Sesiones Ordinarias			Total
	04/09	11/09	25/09	
AMÉRICO LANTAÑO MUÑOZ	X	X	X	3
BERNARDA VALENZUELA ABURTO	--	--	--	--
MAXIMILIANO RADONICH RADONICH	X	X	X	3
MARGARET MOLINA GALLEGOS	X	X	X	3
SERGIO PAREDES MONTOYA	X	X	X	3
BEATRIZ SANHUEZA ARAYA	X	X	X	3

Cabe señalar que la Concejal Bernarda Valenzuela Aburto, no asistió a las 3 Sesiones Ordinarias del mes de Septiembre, por encontrarse haciendo uso de Licencia Médica, N° 58188000 por 30 días, desde el 04.09.2018 al 03.10.2018, emitida por el Dr. Claudio Espejo San Cristóbal, Médico Psiquiatra, la cual se adjunta.

Lo anterior, para proceder a la cancelación integra de la Dieta de los Sres. Concejales del mes de Septiembre de 2018.

Atentamente;

MBS/yfc.-



MARIO BARRAGAN SALGADO
CONTADOR AUDITOR
SECRETARIO MUNICIPAL
Ministro de Fe



REPÚBLICA DE CHILE
MUNICIPALIDAD DE ANGOL
SECRETARIA DE CONCEJO

2018



Certificado

MARIO BARRAGÁN SALGADO, Secretario Municipal y Ministro

de Fe del H. Concejo Municipal, certifica:

Que, los Sres. Concejales que se indican en Planilla de Asistencia, han asistido a 3 Sesiones Ordinarias del Concejo Municipal, desde su inicio al término de ellas, las que se informan.

- Sesión Ordinaria N° 25 de fecha 04.09.2018
- Sesión Ordinaria N° 26 de fecha 11.09.2018
- Sesión Ordinaria N° 27 de fecha 25.09.2018

Cabe señalar que la Concejal Bernarda Valenzuela Aburto, no asistió a las 3 Sesiones Ordinarias del mes de Septiembre, por encontrarse haciendo uso de Licencia Médica, N° 58188000 por 30 días, desde el 04.09.2018 al 03.10.2018, emitida por el Dr. Claudio Espejo San Cristóbal, Médico Psiquiatra, la cual se adjunta.

Lo anterior, para proceder a la cancelación íntegra de la Dieta de los Sres. Concejales del mes de Septiembre.

Otorgado en Angol, a 01 día del mes de Octubre de 2018.

MBS/yfc



Ministerio de
Salud

Gobierno de Chile

Licencia Médica Secretaría de Concejo N° 2 - 58188000
Municipal

La COMPIN, la Subcomisión, la Unidad de Licencias Médicas o la ISAPRE, en su caso, podrán recibir las licencias médicas; reducir o ampliar el período de reposo solicitado o cambiarlo de total a parcial y viceversa. Art.16 D.S. N°3/1984.

TRABAJADOR SECTOR PÚBLICO: Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los tres días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo.
TRABAJADOR INDEPENDIENTE: Deberá presentar la licencia médica dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de emisión y dentro del período de vigencia.
TRABAJADOR DEPENDIENTE: Deberá presentar la licencia médica a su empleador dentro de los dos días hábiles contados de la fecha de inicio del reposo.

SECCION A: USO Y RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL PROFESIONAL

A.1. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

VACENTUERA	ABRIL	BERNARDA	RECIBIDA	12088303-6
APPELLIDO PATERO	APPELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUN	
050918	040818		290174	44
FECHA EMISION LICENCIA	FECHA INICIO DE REPOSO	DIA MES AÑO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD
30				M 6 F
Nº DE DIAS	Nº DE DIAS EN PALABRAS			SEXO

A.2. IDENTIFICACION DEL HIJO Sólo para licencias por enfermedad grave niño menor de un año y post natales.
(Art. 199 y 200 del C. Del Trabajo) y juicio de adopción plena (Ley 18.867).

APPELLIDO PATERO	APPELLIDO MATERNO	NOMBRES	FECHA DE NACIMIENTO
			RUN

A.3. TIPO DE LICENCIA

1= ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMUN	2= PRORROGA MEDICINA PREVENTIVA		
3= LICENCIA MATERNAL PRE Y POST NATAL	4= ENFERMEDAD GRAVE NIÑO MENOR DE 1 AÑO		
5= ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO	6= ENFERMEDAD PROFESIONAL		
7= PATOLOGIA DEL EMBARAZO			
<input checked="" type="checkbox"/> 1 = SI <input type="checkbox"/> 2 = NO		<input checked="" type="checkbox"/> 1 = SI <input type="checkbox"/> 2 = NO	
RECUPERABILIDAD LABORAL		INICIO TRAMITE DE INVALIDEZ	
FECHA DEL ACCIDENTE DEL TRABAJO O DEL TRAYECTO		DIA MES AÑO	
HORA MINUTOS		TRAYECTO 1 = SI <input type="checkbox"/> 2 = NO <input type="checkbox"/>	
FECHA DE LA CONCEPCION		MES AÑO	

AUTORIZO A COMPIN A NOTIFICAR RESOLUCION DE LM A CORREO ELECTRONICO Y/O CELULAR INDICADO EN ESTA LM Y ACCEDER A INFORMACION PREVISIONAL DE ACUERDO AL ART. 10 LEY 19.628

A.5. IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL (Todos los campos son obligatorios)

VACENTUERA	ABRIL	BERNARDA	RENU	ESPECIALIDAD	FIRMA DEL TRABAJADOR
APPELLIDO PATERO	APPELLIDO MATERNO	NOMBRES	REGISTRO COLEGIO PROFESIONAL	1= MEDICO 2= DENTISTA 3= MATRONA	
050918	-8				
CALLE	2430			Claudio Espejo San Cristobal	
COMUNA	Angol			CORREO ELECTRONICO	
				Siquiatra	
				RUT: 7.097.487-8 RCM:14643-9	

NO ABRIR. USO EXCLUSIVO CONTRALORÍA MÉDICA-COMPÍN e ISAPRES

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE			

TOTAL DIAS	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO

INFORMACION OBLIGATORIA DEL EMPLEADOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE
Art. 13 - El empleado deberá dejar presente la licencia médica antes el COMPIN o ISAPRE correspondiente, dentro de los tres días hábiles siguientes de recibimiento del documento.

C.A. LICENCIAS ANTERIORES EN LOS ULTIMOS 6 MESES

Indicado en: